

T H E S E

Pour la

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par

SIMONE COHEN

née le 26 Février 1934

A Paris

Présentée et soutenue publiquement le

1962

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TERREURS NOCTURNES

ET DES CAUCHEMARS DE L'ENFANT

(Les terreurs nocturnes et les résultats du test de Düss)

Président : M. Léon Michaux, Professeur

Année 1962

N°

T H E S E

Pour Le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

Par

SIMONE COHEN

née le 26 Février 1934

à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

1962

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES TERREURS NOCTURNES

ET DES CAUCHEMARS DE L'ENFANT

(Les terreurs nocturnes et les résultats du test de Düss)

Président : M. Léon Michaux, Professeur



MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Gastinet (F.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moresau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET

Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie Pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
" " (Profr. à titre personnel)	ETTORI (J.)
" " (Profr. à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
" " (Profr. à titre personnel)	BOURLIERE (P.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Beaujon	SICARD (A.)
Cochin	N.
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Tanon	LORTAT-JACOB (J.L.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St.-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	N.
Bouicaut	LENEORE (J.)
Broussais	SOULIS (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANCON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Pitié	DREYFUS (G.)
St-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (G.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L.de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)

Anesthésiologie VOURC'H (G.)

Bactériologie { BARBIER (P.)
CHRISTOL (D.)
TOURNIER (P.)

Biochimie médicale { DESGREZ (P) pr.s.ch
POLONOSKI (J) m. conf

Biologie appliquée à l'E-
ducation Physique et aux
Sports PLAS (F.)

Carcinologie { DENOIX (P.)
MATHE (G.)

Dermato-Syphiligraphie . . . DUPERRAT (B.)

Electro-Radiologie LEDOUX-LEBARD (G.)

Hématologie { BILSKI-PASQUIER (G)
DAUSSET (J.)
GOUJARD (R) pr.s.ch

Histologie { MAROIS (M.)
RACADOT (J.)

Hydrologie CORNET (A.)

Hygiène { BOYER (J) pr.s.ch
CORRE-HURST (Mme L.)

Maladies infectieuses . . . { BASTIN (R.)
DUPONT (V.)
DEROBERTE (L) pr.s.ch

Médecine légale { HADENGUE (A.)
FOURNIER (E.)
GUENIOT (M.)

Médecine du Travail ALBAHARY (C.)

Neurologie LHERMITTE (F.)

Obstétrique { GRANJON (A.)
HERVET (E.)
LE LORIER (G.)
MORIN (P.)
MUSSET (R.)
RONEY (M.)
THOYER-ROZAT (J.)

Pédiatrie-Puériculture . . { JOSEPH (R)
MANDE (R)
MOZZICONACCI (P.)
POLONOVSKI (C.)
ROSSIER (A.)

Pharmacologie { BOISSIER (J.)
LECHAT (P.)

Physiologie DEJOURS (P.)

Physique médicale { GOUGEROT (L.) m.conf
pr.s.ch.
KELLERSHOHN

Pathologie chirurgicale . . { BARCAT (J.)
BINET (J.-P.)
CAUCHOIX (J.)
CHATELIN (C.-L.)
DUBOST (Ch.)
DUBOST (Cl.)
FAUREL (J.)
FLABEAU (F.)
GERMAIN (A.)
LOYGUE (J.)
MERCADIER
PERROTIN (J.)
ROBERT (H.)
THOMERET (G.)

Pathologie exotique . . . SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale { CROSNIER (J.)
HARTMANN (L.)
LOEPEL (J.)
MAURICE (J.)
RICHEL (G.)
AUSSANNAIRE (M)
BOUR (H.)
BOUVIER (J.)
BOUVRAIN (Y.)
BRICAIRE (H.)
BRISSAUD (H.)
BROCARD (H.)
BUGE (A.)
CASTAIGNE (P) m.conf
CATINAT (J.)
CONTAMIN (F.)
COURY (C.)
FREZAL (J.)
HOUSSET (E.)
LAROCHÉ (Cl.)
LESOBRE (R.)
MACREZ (C.)
NICK (J.)
PEQUIGNOT (H) p.s.
ROYER (P.)
WOLFROMM (R.)

Pathologie médicale . . { KREIS (B.)
PICHOT (P.)
DUCHE (D.)
DELBARRE (F.)
CERNEA (P.)
CHAPUT (Mme A) m.conf
ORELET (M.)

Pneumo phthisiologie . . KREIS (B.)

Psychiatrie PICHOT (P.)

Psychiatrie infantile . . DUCHE (D.)

Rhumatologie DELBARRE (F.)

Stomatologie { CERNEA (P.)
CHAPUT (Mme A) m.conf
ORELET (M.)

Thérapeutique CHASSAGNE (P.)
LAMOTTE (M.)

Urologie QUENU (L.)

**III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent**

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE	Clinique obstétricale	{ GRASSET (J.) MAYER (M.) RAVINA (J.)
	ABOULKER (P.)		{ DESVIGNES (P) OFFRET (G.)
	AMELINE (A) p.s.ch	Clinique ophtalmologique	
Clinique chirurgicale	HUGUEN (G.)	Clinique otorhino-laryn-	
	OLIVIER (C.)	logique	MADURO (R)
	PADOVANI (P.)	Clinique pédiatrique et pué-	
	POILLEUX (P.)	riculture	LAPLANE (R.)
	ROUX (M.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
	VERNE (J.-M.)	Clinique urologique	EVET (H.)
Clinique médicale	{ DOMART (A.)	Médecine légale	GAULTIER
	ERRAULT (H.)		
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		

**IV.- PROFESSEURS DÉTACHÉS
DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES**

Bactériologie	BAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
Pathologie comparée	REDLER (J.) Pr.s.ch.

V.- CHARGES DE COURS D'HYGIÈNE SOCIALE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LEMA (J.)	BOLTANSKI (E.)
Secrétaires	Mme. BAUKLAND (E.), Mlle. CHAINTREUIL (G.), Mme. ROCHE (L.)	LAUREY (C.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HANN (A.)	
Conservateur	Mlle. FUMATRE (P.)	
Bibliothécaires	Mmes. CONTET (J.), FUGUET (P.), Mlle. LAURENT (H.), LE ROY (G.), THIEVREUX (S.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1928, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Léon MICHAUX
Professeur de Clinique de neuropsychiatrie infantile
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur
Officier de la Santé Publique

qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

En hommage respectueux

A MADAME LE DOCTEUR AUBRY
Médecin des Hôpitaux de Paris

qui m'a inspiré le sujet de cette thèse
et m'a guidée tout au long de ce travail.



INTRODUCTION	Page 1
--------------------	--------

I.- GENERALITES

- 2- Cauchemar.Terreur nocturne : Description ..
- 3- Problème de la comitativité

II.- DIFFERENTES THEORIES

- 1- Terminologie
- 2- Etiologie

III.- ETUDE DE CAS

- 1- Utilisation des fables de Dées
- Texte des fables
- 2- Exposé des cas
- 3- Conclusion étiologique

- Angoisse de mort

- Avec peur orale

- Avec fantasmes de mort d'adulte

- Angoisse de castration

- Eléments réels -séparations multiples

nelle

-structure familiale

- Rivalité fraternelle

- Problèmes oedipiens

- A part, problème de la gaucherie

CONCLUSIONS

Essai de classification pronostique des terreurs psychogènes.

BIBLIOGRAPHIE

1- LE SOMMEIL

Avant de définir les troubles du sommeil que sont les cauchemars infantiles et les terreurs, nous devons d'abord définir la fonction du sommeil.

Le sommeil normal est un état psychophysiologique périodique et réversible. Son caractère essentiel est la suspension de la vigilance c'est-à-dire la perte du contrôle de la pensée et celle de la faculté de communiquer avec le milieu environnant, soit en fait la perte de la réalité. Il s'accompagne de la suspension de l'activité motrice volontaire. Sur un plan plus profond, Freud a introduit la notion d'un principe actif "le désir de dormir", souhait conscient et actif de se retirer de la réalité. Pour l'enfant qui ne parvient pas à surmonter ses problèmes personnels ou pour celui qui a subi un traumatisme, le sommeil, de par cette perte de la vigilance, représente un danger qu'il imagine définitif. En effet, pendant la journée, quand la mère est présente et que d'autres décharges sont possibles, le souvenir traumatique

peut être évité mais son intrusion devient inévitable dans le sommeil. On sait d'ailleurs que certains enfants craignent et même évitent le sommeil qui est devenu associé à la situation traumatisante.

Il semble, qu'au cours du sommeil, l'intrusion de l'anxiété, génératrice des terreurs est rendue possible par une sorte de vulnérabilité due à la diminution de la conscience qui laisse l'individu presque directement aux prises avec ses pulsions inconscientes. Lorsque la terreur, plutôt qu'un simple réveil, devient véritablement intolérable, on s'explique ainsi selon un mécanisme voisin de celui de la phobie. En effet, la défense contre les impulsions agressives auxquelles l'enfant endormi ne peut échapper est réalisée par une projection c'est-à-dire par la transformation du danger intérieur en un danger extérieur. Quand l'agressivité augmente, l'anxiété apparaît et le rêveur s'éveille. Dans un cauchemar, le rêveur doit être capable de supporter une forte anxiété car il a conscience, sous une forme déguisée, de son agressivité, laquelle, sous une forme déguisée, est la terreur. On peut dire que la terreur est le résultat de la projection de l'agressivité et qu'elle est abrégée sous forme de terreur avec amnésie.

2- CAUCHEMARS - TERREURS : DESCRIPTION.

Comment se présentent donc sur un plan traitique ces épisodes nocturnes ?

- Le cauchemar est un rêve effrayant qui envahit l'enfant. Il reconnaît alors son entourage, peut raconter son rêve, décrire souvent une sensation d'angoisse intense avec peur paralysante. Il se laisse rassurer et se rendort.

- Le terreur marque incontestablement un degré de plus dans les troubles du sommeil. C'est un épisode extrêmement impressionnant. Elle n'interrompt pas vraiment le sommeil en ce sens qu'elle n'aboutit pas à un état lucide de veille. En pleine nuit, brusquement, l'enfant s'assied sur son lit, les yeux hagards; il pleure, crie fait des gestes désordonnés, ne reconnaît pas son entourage et ne peut être calmé. Cet entourage peut d'ailleurs être intégré dans le contenu du rêve. Ainsi tel enfant qui s'agresse en présence de son père et non de sa mère alors qu'à l'état de veille c'est l'inverse. Il semble en outre que le contact caïané représente un élément nocif facilitant cette intégration de l'entourage mais en

la déformant réalisant alors précisément ce que l'enfant redoute dans son rêve, ce qui est bien mis en évidence par ces enfants qui hurlent de plus belle à toute tentative de contact, alors que le son de la voix peut au contraire parfois être rassurant.

L'accès de terreur nocturne s'accompagne souvent de sueurs abondantes et peut-être certaines sueurs nocturnes isolées sont-elles des équivalents larvés de terreurs. Elles surviennent en effet souvent dans un contexte de terreurs après leur disparition ou en période de rémission.

L'activité motrice durant les terreurs est généralement totalement anérchique avec des mouvements un peu analogues aux mouvements cephalogiques et aussi aux mouvements du nouveau-né, mais elle peut aussi s'organiser aboutissant alors à la station debout et même à la marche et nous devons alors tracer ici la limite avec les états de somnambulisme vrai non précédés par l'épisode dramatique qui est la terreur et que nous ne traiterons pas.

Enfin, dernière caractéristique importante, la terreur vraie est toujours suivie d'une annéssie totale de son contenu.

3- PROBLEME DE LA COMITIALITE.

Cette amnésie retrograde nous amène tout naturellement à évoquer le problème posé par les troubles psychopathologiques liés à la démyélinisation que nous venons de décrire sous l'appellation de syndrome de la comitialité (1). Ce n'est pas notre propos de traiter ici ces cas organiques. Citons quelques exemples qui rejoignent notre sujet :

- D'une part, les cas de terreurs où, en dehors des troubles électriques et cliniques, persistent des difficultés psychopathologiques qui ne s'améliorent pas par le seul traitement antiépileptique et touchent alors à notre problème.

- D'autre part, surtout, les cas où les terreurs nocturnes sont révélées par une comitialité sans aucune manifestation à l'état de veille et que seul l'E E G permet d'objectiver : ainsi un jeune garçon de 6 ans est envoyé à la Neurologie pour des crises de terreurs nocturnes de l'investigation rigoureuse et clinique. A l'E E G, le tracé de veille est un peu

(1) Menger, Lelovici, Diatkine. Recherche de la comitialité dans les différentes formes de terreurs nocturnes chez l'enfant. 1953 -

II.- DIFFERENTES THEORIES

Après cette description objective des faits, et les cas indiscutablement organiques étant éliminés, nous devons noter que, non seulement les auteurs ne sont pas d'accord sur le sens et l'étiologie des terreurs nocturnes, mais encore qu'ils n'ont pas adopté une terminologie ni une description unifiée.

1- TERMINOLOGIE

Si on parle tantôt de cauchemar, tantôt de terreur, tantôt de crise d'angoisse, pour la plupart des auteurs la terreur est un phénomène spécifique de l'enfance.

Ainsi Freud (1) dans un de ses premiers travaux la distingue du réveil nocturne chez les adultes avec pour généralement associée à anxiété, dyspnée et sueurs. La terreur chez l'enfant associant à l'anxiété, la reproduction d'une expérience ou d'un rêve.

(1) Freud - Early Papers

De même Jenny Waelder Hall (1) limite la terreur nocturne uniquement aux enfants.

Melitta Sperling au terme d'une étude parue en 1958 conclut à des différences phénoménologiques et dynamiques considérables avec le syndrome de cauchemar de l'adulte.

Hélène Deutsch (2), elle, différencie le cauchemar, caractérisé par la sensation d'incapacité de bouger de la terreur nocturne, crise de réveil avec hurlements de peur.

Pour Max Stem (3) au contraire, "le signe pathognomonique de la terreur nocturne est la parésie (motrice)".

Pour notre part, nous adopterons la terminologie employée plus haut, réservant le terme de terreur nocturne à un épisode de l'enfance où l'enfant ne se réveille pas immédiatement et présente une amnésie à son réveil, tandis que nous appellerons cauchemar tout rêve effrayant aboutissant au réveil et pouvant être formulé.

(1) Jenny Waelder Hall 1935 - Analyse d'un accès de terreur nocturne

(2) H. Deutsch 1932 - Psychanalyse des névroses

(3) Max Stem - Pavor nocturnus 1951

III.- ETUDE DE CAS

Nous étudierons maintenant quelques cas extraits des dossiers du service de Madame AUBRY à la Polyclinique du Boulevard Ney de Janvier 1958 à Décembre 1961.

Il est important de noter que les parents consultent exceptionnellement le psychiatre pour des cauchemars ou des terreurs. Elles sont généralement du ressort du pédiatre et leur existence ne nous apparaît le plus souvent qu'au cours d'un interrogatoire mené pour un trouble différent qui a, lui, inquiété les parents. C'est dire que les terreurs que nous voyons sont rarement isolées et s'intègrent dans un ensemble où elles ne sont qu'une des traductions de l'angoisse infantile.

C'est pourquoi nous avons choisi treize dossiers comprenant les réponses qu'ont fournies ces enfants aux fables imaginées par Louiza Dias (1) pour explorer la vie affective des enfants de 4 à 10 ans

(1) L. Dias. La méthode des fables en psychanalyse infantile.

1- UTILISATION DES FABLES DE DUSS.

Ces fables permettent aux enfants d'exposer plus facilement leurs problèmes et aussi font ressortir un matériel dont ils n'avaient par conscience et qu'ils n'auraient donc pu révéler directement. Il est facile pour les enfants de se projeter dans les histoires et de s'identifier avec les personnages de fiction. D'autre part, ces fables semblent être plus du domaine du préconscient que de l'inconscient ce qui permet de les utiliser sans craindre de mobiliser chez l'enfant une trop grande angoisse. Elles ne sont toutefois utilisées systématiquement à la Polyclinique que dans la mesure où l'on sait disposer d'une thérapie adéquate au cas où une trop grande angoisse serait libérée par les fables.

Quant à l'utilisation pratique des fables, précisons que les psychologues ne les présentent à l'enfant qu'après une mise en confiance, une détente à l'aide d'un dessin libre et accompagnées des remarques suivantes :

"Je vais te raconter des petites histoires et il faudra que tu devines la suite. Tu peux dire tout ce que tu penses, parce-que c'est comme tu penses que c'est juste".

On pour les plus grands : "Ce n'est pas du tout une question d'intelligence, mais d'imagination et chacun peut avoir des idées différentes sur un même sujet".

Pour la commodité du lecteur, nous insérons ici le texte des fables de Dües (1) juste avant d'aborder l'étude des dossiers.

TEXTE DES FABLES DE LOUISA DÜES

1) Fable de l'oiseau - (Pour voir la fixation de l'enfant à l'un des parents ou son indépendance).

"Un papa et une maman oiseaux et leur petit oiseau dorment dans le nid, sur une branche. Mais voilà qu'un gros vent arrive, il secoue l'arbre et le nid tombe par terre. Les 3 oiseaux se réveillent brusquement. Le papa vole sur un sapin, la maman sur un autre sapin, que fera le petit oiseau ? Il sait déjà un peu voler".

Fable de l'ambassadeur de mariage - (Pour voir le sujet a eu un choc dans la chambre des parents. Jalousie de l'union des parents).

(1) Extrait de l'ouvrage cité à la page précédente

"C'est la fête de mariage de papa et de maman. Ils s'aiment beaucoup et ils ont fait une belle fête. Pendant la fête, l'enfant se lève et va tout seul au fond du jardin. Pourquoi ? "

- 3) Fable de l'agneau - (Pour explorer le complexe de sevrage et le complexe des frères et soeurs).

"Il y a une maman brebis et son petit agneau dans une prairie. Le petit agneau gambade tout le jour près de la maman. Tous les soirs, la maman lui donne du bon lait chaud qu'il aime beaucoup. Mais il mange déjà de l'herbe. Un jour, on apporte à la maman brebis un tout petit agneau qui aviat faim pour que la maman lui donne du lait. Mais la maman brebis n'a pas assez de lait pour les deux et elle dit à son agneau : "Je n'ai pas assez de lait pour tous les deux, toi, va manger l'herbe fraîche". Que fera l'agneau ?

- 4) Fable de l'enterrement - (Pour explorer l'agressivité, désirs de mort, culpabilité, auto punition).

" Un enterrement passe dans la rue du village et les gens demandent : Qui est-ce qui est mort ? On répond : C'est quelqu'un de la famille qui habite cette maison-là." Qui est-ce ?

2- EXPOSE DES CAS

Nous commencerons par un cas assez simple.

1er cas - Marie-Françoise R ... 9 ans 2

Consulte pour un mauvais travail scolaire. Son Q I trouvé à 83 explique son peu de rendement.

A l'interrogatoire, on découvre une enfant phobique qui a peur du vent, des animaux, de descendre à la cave. Elle a en outre des cauchemars fréquents.

C'est une enfant adoptée à 6 mois et mise au courant de son adoption à 7 ans. Elle a un frère de 14 ans. Sa mère adoptive a 43 ans, son père 46 et le foyer est uni.

Aux fables de Düss, ses réponses sont les suivantes :

- | | |
|---------------|--|
| - Oiseau | - Il va s'en aller. <u>Il va aller dans un autre nid.</u> |
| - Enterrement | - Le papa, d'un cancer. |
| - Peur | - Sa maman lui dit: "Va à la cave" et il a peur d'un monsieur <u>qui viendrait le prendre.</u> |

- Enterrement - Ça, je sais pas.
Le papa ou la maman ... le papa.
- Peur - Du loup (Et toi ?) de rien ou de se faire
attraper.
- Tour - Il va la montrer à son papa et sa maman
et la garder.
? Moi je la donnerais.
- Eléphant - Sa grosseur. Il est plus gros. Sa trompe
a rallongé. Petit il l'aimait mieux.
- Promenade - Ca dépend s'il reste longtemps dans le bois
S'il reste longtemps, sa figure parce qu'il
a grandi. Sinon, s'il a les mains sales.
- Mauvais rêve - D'un loup qui lui poursuivait.

C'est essentiellement ici un problème de rivalité fraternelle
(rivalité de l'agneau) avec des réactions fréquentes à une agressivité
contre la mère et autres à un désir de rester petit (fable
de l'éléphant)

Une psychothérapie a amené la disparition des erreurs.

3ème cas - Jean D ... 8 ans 4

Consulte pour une énurésie.

C'est un gaucher contrarié qui a des cauchemars avec peur
d'animaux et aussi des terreurs.

Signalons ici qu'il est assez fréquent d'observer des cauchemars pendant la période où l'enfant abandonne son énurésie et ceci tant que son inconscient continue à ne pas vouloir laisser l'énurésie. Dès que la propreté est vraiment assurée, les cauchemars disparaissent.

Revenons en à Jean D ...

Enfant unique, après un sevrage facile, il va à la crèche de 1 à 3 ans puis à la Maternelle. Actuellement à l'école, rien de particulier.

Le père a 57 ans, est très coléreux. Ouvrier menuisier.

La mère, 44 ans, a été élevée à la campagne.

Aux fables de Düss

- Oiseau - Va sauter, essaiera de voler, ira sur un
autre arbre avec d'autres oiseaux.

Ce qui domine ici, c'est la peur du père, peur réelle d'un homme coléreux et brutal, mais aussi peur plus profonde fantasmatisée avec le loup.

- Eléphant - Il est abîmé. On a marché dessus.
La maman en faisant le ménage
- Promenade - Il est pas content qu'ils arrivent en
salle
- Objet - Il le donnera à sa maman pour mettre dans
la chambre à sa maman.
- Mauvais rêve - Il a rêvé (S'arrête, manifeste une grande
fatigue ...)
Et toi ? Je me rappelle plus ...

De ces réponses très dépressives ressort une angoisse d'abandon mortel avec la notion de mère dangereuse et castratrice.

Fait, la mère est très dépressive, l'entente conjugale est nulle, le foyer fragile, le père timide, colérique et sans autorité. Aussi l'insécurité passée et présente est lourdement ressentie par l'enfant.

Notons en outre la gaucherie contrariée :

Une rééducation psychomotrice et une aide psychologique de la mère ont bien amélioré l'enfant.

- Eléphant - Il est abîmé. On a marché dessus.
La maman en faisant le ménage
- Promenade - Il est pas content qu'ils arrivent en
retard
- Objet - Il le donnera à sa maman pour mettre dans
la chambre à sa maman.
- Mauvais rêve - Il a rêvé (S'arrête, manifeste une grande
fatigue ...)
Et toi ? Je me rappelle plus ...

De ces réponses très dépressives ressort une angoisse d'abandon mortel avec la notion de mère dangereuse et contrariée. En fait, la mère est très dépressive, l'entente conjugale est nulle, le foyer fragile, le père timide, colérique et sans autorité. Aussi l'insécurité passée et présente est lourdement ressentie par l'enfant.

Notons en outre la gaucherie contrariée :

Une rééducation psychomotrice et une thérapie comportementale de la mère ont bien amélioré l'enfant.

Il s'agit ici d'une angoisse de mort très régressive de la période orale (être mangé). Le croquemitaine peut, d'autre part, évoquer le médecin qui a fait les paracenthèses et on peut penser que cet enfant est resté bloqué à la phase orale par les paracenthèses douloureuses évocatrices de castration orale.

Gène gas - Sylvane

Vient consulter pour des difficultés avec l'ec. Elle redouble le cours préparatoire avec hypertonie et coléreuse.

Au cours de l'anamnèse on retrouve l'existence de tauxeurs nocturnes au cours desquelles elle hurle. Ne se réveille pas et parfois même se lève.

Depuis le départ de son père en 1956, elle vit avec sa mère et son petit frère de 3 ans chez la grand mère maternelle. Elle est d'autre part très jalouse de ce petit frère en lars de sa naissance.

Aux frères de l'éc.

Elle ne semble pas s'y intéresser et répond aux questions sans participer. Ce n'est qu'à la 8ème fille, celle de la promenade qu'elle donne une réponse un peu plus chargée.

Interrog.

- "La maman a changé parce qu'elle est malade. On va l'emmenner à l'hôpital lui ouvrir le ventre. On va voir qu'est ce qu'elle a mangé empoisonné. On va lui retirer comme ça elle sera plus malade."

8ème cas - Reynard M ... 7 ans 6

Consulte pour un retard scolaire justifié par un Q I = 73

Il présente en outre des terreurs typiques deux ou trois fois par semaine. Un fait intéressant, il se calme avec son père et ne reconnaît pas sa mère. C'est un enfant très affectueux mais très jaloux de sa sœur de 12 ans 1/2

Après une naissance normale, un sevrage brutal à 2 mois 1/2 est mal supporté.

Son éducation sphinctérienne est très rigoureuse.

Le père a 47 ans.

La mère 46 ans, a été très malheureuse et était orpheline à 7 ans.

Fables de Düss

- | | |
|---------------|--|
| - Oiseau | - Va voler en vacances avec ses ailes
(évasion) |
| - Enterrement | - C'est les oiseaux qui sont morts |
| - Peur | - Il a peur de l'enterrement |
| - Tour | - Il la gardera dans son terrain |

- Il la démolirait

? Il la donnera pas parce qu'il veut pas

On note ici un conflit avec la mère probablement castratrice, la tour est en effet un symbole à la fois phallique et anal. Il y a aussi une angoisse de mort, sans fantasme de mort d'adulte et vraisemblablement induite par cette mère, orpheline à 7 ans, âge approximatif du début des terroirs de l'enfant.

- Entrevue

Ce fait peur les morts. Les petits garçons, ils y vont jamais. Il y a des morts qui sont encore vivants et un mort il a voulu m'emmener dans la terre.

- 10

- Le loup ... il essayait pour manger le petit garçon. Il a entré dans une maison et il y avait un petit garçon en train de dormir et il l'a mangé.

Frère de chez nous, il y a plein de messieurs qui mangent les petits garçons et quand il a mangé, il en renvoie d'autres p

Ici, apparaît une angoisse de mort typique avec peur de la mère dévoratrice (fable de l'universel) et donc ici encore fixation orale sans fantasme de mort d'adulte.

Une psychothérapie en vue d'un placement familial a été interrompue et il est parti en IMP.

10ème ess - Christian M ... 5 ans

Vient pour - mauvaise adaptation à la Maternelle (Q I = 118)

-

énurésie

- hyporexie

On retrouve des cauchemars violents suivis d'une période de réveil longue et d'amnésie. Il crie "non papa, non maman". C'est le second d'une famille de 2 enfants. Son frère a 11 ans. Il n'y a rien à signaler dans la petite enfance. Aucune séparation. La mère a 31 ans. Elle a été abandonnée par sa mère à l'âge de 5 ans, et élevée par sa grand mère. Le père a 31 ans. Il est chaudronnier. Signalons une surdité.

Tables de Miss :

L'enfant ne s'y intéresse pas.

- Oiseau

- Il a volé

- Anniversaire

- Il voulait plus

- Agneau

-

- Enterrement

- Il dormait

- Peur

- Peur d'un bandit qui prend les petits enfants et les tue.

13ème cas - Jean-Marc M. ... 7 ans

Vient pour - troubles de la parole

- difficultés scolaires (Q I = 102)

On retrouve en outre quelques épisodes d'énurésie, des cauchemars, et parfois des terreurs vraies chez un enfant anxieux, craintif mais aussi opposant et coléreux à la maison.

Dans l'anamnèse :

Grossesse et accouchement normaux.

1ère séparation : mère partie 1 mois quand il a 4 ans.

Bonne adaptation scolaire.

A 2 sœurs aînées.

La mère - 39 ans - ne travaille pas. Gentille mais anxieuse et surprotectrice.

Le père - 35 ans - a été 3 ans en psychanalyse. Auparavant très agressif avec enfants. Actuellement "leur cède tout".

Tables de Müss

- Oiseau

- Va chercher son papa et vont chercher ceux qui sont blessés ou morts. ?
Les petits bébés.

tout ce que cela comporte comme insécurité pour l'enfant.
 Dans le 3ème cas enfin, la mère est objectivement très
 castratrice et dangereuse pour l'enfant.

La question se pose ici de savoir si c'est l'agression
 ou la peur d'être agressé qui est primitive chez ces en-
 fants. Il est bien difficile de conclure, mais nous pou-
 vons toutefois remarquer que dans tous les cas où l'angoisse
 de mort, aussi régressive soit-elle, ne s'accompagne pas
 de fantasmes de mort d'adulte, il existe une situation
réelle anxiogène d'agression primitive :

- Abandon dans le cas n° 4
- Père éthylique dans les cas 7 et 9
- Mère très castratrice dans le cas n° 8
- Carence paternelle, cas 11
- Paracenthèses douloureuses, cas 5

Signalons en référence que sur 10 Dûss pris au hasard
 parmi les dossiers d'enfants n'ayant jamais eu de terreurs
 nous n'avons trouvé que 2 cas d'angoisse de mort chez des

enfants d'ailleurs, où l'angoisse n'avait fait qu'emprunter une expression différente des terreurs.

II.- En second lieu, nous évoquerons les 2 cas (2 - 6) où la rivalité fraternelle avec agressivité contre la mère et désir de rester petit peut expliquer l'apparition des

III.- Sur le même plan et dans 2 cas seulement (3 - 10), apparaît directement le problème oedipien dont on peut valablement supposer qu'il sous-tend de nombreux autres cas (en particulier les 3 cas d'angoisse de mort avec fantômes de mort du père chez des filles) mais qui ne saurait être explicitement évoqué lors de l'approche consciente ou préconsciente que permettent les fables de Düss.

Dans le cas n°10, avec la peur réelle de parents brutaux, la fable de la promenade évoque le problème oedipien, dans un contexte par ailleurs assez pauvre. Quant au cas

n° 3, il pose en outre, le problème de son énurésie qui lui permet peut être d'assumer sa peur réelle d'un père brutal sans désirs de mort à son égard.

IV.- Enfin, nous devons mettre tout à fait à part notre dernière observation (13) qui évoque une évolution presque psychotique avec, dans son contexte de mère anxieuse et hyperprotectrice et de père névrosé, un enfant très ambivalent, refusant la réalité, associant à la fois des rêves de mort d'adulte, des rêves de sa propre mort, des fantasmes de dévoration, une angoisse de castration, avec fixation féminine et enfin une rivalité fraternelle.

Problème de la gaucherie.

Tout à fait à part, un autre problème rencontré au cours de cette étude. Sur 13 dossiers, nous trouvons 4 enfants gauchers.

Sur ces quatre enfants, dans 2 cas la gaucherie contrariée a imposé une restriction motrice de par la contrainte du passage à droite.

Y a-t-il un rapport entre ces problèmes moteurs et les terreurs nocturnes ou leur coexistence chez un même enfant est-elle une simple coïncidence ?

On pourrait imaginer que la gêne motrice qui existe déjà à l'état de veille, amplifiée au cours du sommeil par la libération de l'opposition, facilite l'apparition des terreurs en rendant plus rapide l'inhibition motrice c'est-à-dire "la paralysie, signe pathognomonique de la terreur" pour Max Stern.

Notons dans ce sens, qu'il existe souvent chez les enfants qui ont des terreurs un état d'hypertonie généralisée qui leur permet peut-être d'avoir des terreurs avec une composante motrice et non de simples cauchemars.

En fait, nous ne disposons pas d'un matériel suffisant pour affirmer une corrélation significative entre la terreur nocturne.

CONDITIONS ETIOLOGIQUES DES LEUC.

AGE	ALCOOLS	DE MORT		SITUATION RESIDE	FRATERNITE	DE IDE	DE IDE
	ANNUALIS ORALE	DE MORT	D'ADULTE		FRATERNITE	DE IDE	DE IDE
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
48							
49							
50							
51							
52							
53							
54							
55							
56							
57							
58							
59							
60							
61							
62							
63							
64							
65							
66							
67							
68							
69							
70							
71							
72							
73							
74							
75							
76							
77							
78							
79							
80							
81							
82							
83							
84							
85							
86							
87							
88							
89							
90							
91							
92							
93							
94							
95							
96							
97							
98							
99							
100							

3 CAS

2 CAS

2 CAS

1 CAS

C O N C L U S I O N S

Nous avons étudié dans les chapitres précédents treize cas cliniques de terreurs nocturnes non organiques que nous avons rapprochés des cas de la littérature. En conclusion de ce travail, nous allons tenter une classification dans un but pronostic des terreurs psychogènes sans troubles électroencéphalo-

Dans une première catégorie, nous placerons les épisodes isolés, sans lendemain, qui sont souvent plus proches des cauchemars que des terreurs vraies et qui sont la pratique courante de tous les pédiâtres. Généralement contemporains de la période oedipienne, ils seraient les témoins d'une intégration un peu difficile. Ils sont en principe aisément résolutifs et il suffit généralement de quelques modifications de l'hygiène de vie de l'enfant évitant les stimulations émotives trop importantes, que ce soit les séances de cinéma trop fréquentes et surtout la télévision même si l'enfant n'en entend que le son, ou, sur un autre plan les séjours dans le lit des parents ou le partage de

leur chambre à coucher. Pendant cette période où l'enfant a sans cesse besoin d'une réassurance et d'une aide sur tous les plans, les parents essayeront donc d'atténuer au maximum les situations traumatisantes et cela suffit le plus souvent pour faire disparaître les terreurs. Elles peuvent toutefois avoir été l'indice d'une certaine fragilité de l'individu qui s'extériorisera à l'âge adulte.

Beaucoup moins banaux et anodins sont les cas de la seconde catégorie où les terreurs s'intègrent dans un contexte de malaise psychologique associées alors à d'autres symptômes d'angoisse ou parfois isolées, mais inquiétantes par leur répétition, leur intensité. C'est essentiellement de cette catégorie que relèvent la plupart des cas que nous avons examinés et ce sont dans ces cas que l'angoisse de mort nous a paru un élément presque constant. Nous avons remarqué, d'autre part, la référence fréquente d'un élément traumatique existant dans la vie de ces enfants. Ici, se pose donc avec toute son acuité le problème de la terreur, comme d'une névrose insipiente dans le cadre de laquelle se développeraient ultérieurement d'autres manifestations névrotiques et particulièrement phobiques. La terreur semble donc ici une indication majeure d'une psychothérapie.

Enfin, nous devons faire une troisième catégorie, illustrée par notre dernier cas et comprenant les états encore plus graves où l'intensité de tous les signes, l'absence d'éléments traumatiques directs, les antécédents familiaux psychopathologiques laissent craindre une évolution vers la psychose. Dans ces états prépsychotiques, le résultat de la psychothérapie est plus aléatoire. Il dépend de l'attitude des parents généralement très pathogènes et sa pratique est infiniment plus délicate du fait du risque constant de rupture d'équilibre, l'enfant filant alors vers la psychose confirmée ou vers une maladie psychosomatique ou vers une névrose grave.

Nous voyons donc, au terme de cette étude que la terreur nocturne de l'enfant malgré son apparence banalité, est souvent un symptôme important qu'il ne faut pas négliger. Elle implique, après élimination rigoureuse des cas organiques, une exploration précise de l'affectivité de l'enfant et souvent une aide psychothérapique plus ou moins profonde.

BIBLIOGRAPHIE

- Despert J. L. - Dreams in children.
In The Psychoanalytic Study of the child, 1949 - Vol.III. IV
- Deutsch H. - Psychanalyse des névroses.
Hogarth Press. London, 1951 - p.50-64
- Dolto F. - Troubles du sommeil
In. Les conférences de l'Ecole des Parents
Avril 1952, n°5 - p.30-43
- Ducros M. M. - Réponses fournies aux fables de Düss par des
enfants vivant dans un milieu familial anormal.
In. Enfance, Mars/Avril 1959
- Düss Louisa - La méthode des fables en psychanalyse infantile.
L'Arche, Paris 1950
- Foster J.L. et Anderson J.E.
- Unpleasant dreams in children
In. Child development. Vol.VII, June 1936 - p.77 - 84
- Fraiberg S. - On the sleep disturbances of early childhood.
In. The Psychoanalytic study of the child. - Vol.V, p.285-309
- Henyer, Lebovici, Diatkine.
- Recherche de la comitativité dans les différentes
formes de terreurs nocturnes chez l'enfant.
In, Revue de neuropsychiatrie infantile - Nov/Déc.1953 n°1 -p.52-55
- Jones - On the nightmare
Woolf, 1931
- Kreisler L. - Les troubles du sommeil du jeune enfant.
In. La Médecine Infantile - Paris 1958 n°4 - Avril, p.5 - 14
- Lafon R. - Etude séméiologique et thérapeutique des troubles
du sommeil chez l'enfant.
In. Pédiatrie - Lyon 1956, n°7 - p. 743 - 753
- Mallet - Contribution à l'étude des phobies.
In. Revue Française de Psychanalyse - XX - Janvier/Juin 1956
nos. 1-2 , p.237 - 282
- Michaux L. - Psychiatrie infantile
PUF. 1953
- Michaux L. et Moor L.
- Les tests projectifs en psychiatrie infantile.
Entretiens de Bichat. Médecine, 1956 - p.377 - 380
- Mosse Hilde L. - The Düss test.
- Ombredanne A. Suarès (Mme) et Carriwet (Mme)
- Sur le mécanisme des crises d'angoisse vespérales
et nocturnes de l'enfant.
Bulletin du groupement français d'études de neuropsychopathologie
infantile, 1938 - n° 3
- Revue du Praticien - Paris 1954, Juin n° 17
- Le sommeil et ses troubles, p. 1525 - 1588
- Schoenberger S. - A Clinical contribution to the analysis of the
nightmare syndrom.
Psychoanalytic revue 33 - 1946

- Simmel E. - *Contribution à l'étude des terreurs nocturnes*
(1942)
- Soulié M. - Les terreurs nocturnes chez l'enfant.
In. La Médecine Infantile 1958 - n° 4-Avril, p. 15-21
- Sperling M. - Neurotic sleep disturbances in children.
In. The Nervous Child - Vol. 8, n°1 Janv. 1949
- Sperling M. - Pavor nocturnus
In. Journal of American psychanalytic Association
Vol. 6 - n° 1, January 1958 - p. 79-94
- Stern M. - Pavor nocturnus
In. The International Journal of psychoanalysis
Vol. XXXII - Part IV, 1951
- Waelder Hall J.- The analysis of a cas of night terror.
In. The psychoanalytic Study of the Child.
Vol. II, 1946 p. 189 - 227

Vu le Président de Thèse

Pr. L. MICHAUX

Vu, le Doyen de la Faculté

Pr. L. BINET

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

